

Tfno.: +34 91 291 84 73
info@ziacor.com - www.ziacor.com

Tfno. RealAligner: +34 91 291 84 73
info@realaligner.com - www.realaligner.com

Ziacor CAD-CAM SL
Calle Búhos, 2 · 28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
C.I.F.: B-87402376 | VAT No.: ESB-87402376

Orden de trabajo: _____
(A complementar por Ziacor®)

***DATOS OBLIGATORIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO**

DATOS CLÍNICA	DATOS PACIENTE CLÍNICA
* Nombre clínica	* Nº historial <input type="text"/>
* Doctor	Edad
* Nº de Colegiado	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
* Fecha envío	
Tarjetas	

Descripción de la prescripción

IMPORTANTE: indique el implante (fabricante, modelo y plataforma) que desea rehabilitar. Es necesario la ferulización del transfer de impresión en casos de rehabilitación múltiple.

* **Implante**

* **Modelo** * **Plataforma**

.....

* **Tipo de trabajo:**

.....

* **Tipo de acabado:** * Corona individual * Puente * Estratificado * Monolítico

.....

* **Tipo de prueba:** * Terminado

* **Material y proceso de la prótesis solicitada**

<input type="radio"/> Zirconio Translúcido	<input type="radio"/> Cr-Co sinterofresado	<input type="radio"/> IPS e.max mecanizado
<input type="radio"/> Zirconio Extra-Translúcido multicapa	<input type="radio"/> Titanio	<input type="radio"/> Nano-Composite
<input type="radio"/> Cr-Co fresado	<input type="radio"/> PMMA	<input type="radio"/> Esquelético
<input type="radio"/> Resina	<input type="radio"/> PEEK	

IMPORTANTE: elegir uno de los materiales

Odontograma

Maxilar superior

Mandíbula

Área de caracterización

* **Color**

Diseño de pónico	Diseño de barra	OBSERVACIONES (Aditamentos enviados)
<input type="checkbox"/> Higiénico <input type="checkbox"/> Higiénico total <input type="checkbox"/> Pico de flauta <input type="checkbox"/> Silla de montar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro	

IMPORTANTE: en caso de no indicarse tipo de diseño específico, se aplicará el indicado por defecto

IMPORTANTE: los tornillos y análogos deben ser enviados en buen estado para poder realizar el trabajo

Deseo realizar la revisión del diseño por escrito, ya he dado mi aprobación por otro medio.

Deseo confirmar el presupuesto por escrito, ya he dado mi aprobación por otro medio.

NOTA: en caso de que el cliente marque alguna de las casillas anteriores, Ziacor CAD-CAM SL enviará tanto los diseños como los presupuestos al cliente como información, y procederá a realizar los trabajos una vez se tenga la conformidad del cliente con las opciones marcadas.

FIRMA

Protección de Datos: **RESPONSABLE:** Ziacor Medical Group SL. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato o la relación comercial suscrita por las partes. **LEGITIMACIÓN:** La relación contractual o precontractual entre las partes (RGPD art.6.1b) y el interés legítimo del responsable de tratamiento (RGPD art.6.1f). **CESIONES:** Empresas del grupo y obligaciones legales. No se prevén transferencias internacionales de los datos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de protección de datos en juridico@ziacor.com o en nuestra dirección postal. Más información en www.ziacor.com/politica-de-privacidad.